# Capacitación en salud para cuidadores de hogares convivenciales de niños, niñas y adolescentes

## *Health prevention training for foster child care facility personnel*

*Dra. María E. Serra[a] y Lic. Esp. Rose Mari Soria[a]*

**RESUMEN**

En la Argentina, hay más de 9000 niños sin cuidado parental, en su mayoría, debido a situaciones previas de maltrato y abuso, que son cuidados en hogares convivenciales. La calidad de los cuidados que allí se brindan tiene impacto en el bienestar infantil y en múltiples aspectos de la vida adulta. La prevención en salud en estos ámbitos presenta características propias y es parte de la calidad. La falta de políticas que garanticen buenas prácticas en este sentido atañe al ejercicio del *derecho a la salud* establecido por la *Convención sobre los Derechos del Niño* y condiciona el ejercicio de otros derechos.

El cuidado requiere conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas sobre las necesidades de la infancia. Se presenta la experiencia, dificultades y perspectivas del primer programa de capacitación en salud para cuidadores de hogares institucionales de niños y adolescentes en la Argentina.

***Palabras clave:*** *cuidado institucional, promoción de la salud, capacitación, calidad de cuidado infantil.*

http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e598

Texto completo en inglés:

http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e598

**Cómo citar:** Serra ME, Soria RM. Capacitación en salud para cuidadores de hogares convivenciales de niños, niñas y adolescentes. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(6):e598-e605.

a. Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil, Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

*Correspondencia*:
Dra. María E. Serra: meserra@fundasamin.org.ar

*Financiamiento*:
El programa de capacitación que se presenta fue financiado a través de un subsidio acreditado en la Convocatoria para el Fortalecimiento de la Sociedad Civil del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad de Buenos Aires.

*Conflicto de intereses:*
Ninguno que declarar.

Recibido: 10-1-2019
Aceptado: 2-5-2019

## INTRODUCCIÓN

En la Argentina, hay 9219 niños, niñas y adolescentes (NNyA) sin cuidados parentales; 836, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Ellos se encuentran en situación de vulnerabilidad extrema por haber vivido experiencias adversas: el 52 % fue maltratado; el 23 % fue abandonado, y el 19 % sufrió abuso sexual. El 87 % de ellos son alojados en instituciones denominadas *hogares convivenciales* de la CABA.[1]

La calidad de los cuidados que se brindan tiene impacto no solo en el bienestar durante la infancia, sino también en la trayectoria de su vida adulta en múltiples aspectos. La prevención en salud en este ámbito presenta particularidades. La vida en una institución propicia la diseminación de infecciones y la posibilidad de lesiones no intencionales, ya que la relación niño-adulto es mayor de uno. Adicionalmente, la mayoría de los niños provienen de situaciones sociales adversas que se asocian a problemas en su estado de salud y al acceso limitado a una adecuada atención médica.[2]

La adversidad en la infancia tiene impacto sobre el desarrollo infantil y sobre diferentes sistemas biológicos.[3,4] Se relaciona con el desarrollo en la adultez de trastornos de ansiedad, adicción a drogas, depresión, trastornos de estrés postraumático, enfermedad cardiovascular, gastrointestinal, metabólica, neurológica, músculo-esquelética y respiratoria.[5] Afecta el desarrollo del niño a través de mecanismos sinérgicos. Estos incluyen cambios en el metabolismo energético, que alteran el crecimiento, la estructura cerebral y las funciones neurocognitivas; la activación del sistema inmune, que resulta en inflamación aguda o crónica; y la desregulación del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal, que afecta la respuesta neuroendócrina al estrés.[6]

El estado de salud de un niño condiciona su crecimiento y desarrollo, así como la plena expresión de sus potencialidades. Un buen estado de salud es un derecho fundamental y necesario para asegurar el ejercicio pleno de otros derechos.[7] Para ello, es imprescindible poder brindar un cuidado de buena calidad, porque este ha sido confirmado como factor protector de

un adecuado desarrollo infantil e incluso podría subsanar experiencias adversas anteriores.[8,9]

En este sentido, la profesionalización del cuidador es primordial. La formación específica tendría incidencia no solamente sobre su accionar individual, sino sobre otros elementos críticos que hacen a la calidad. La importancia de su rol se relaciona con el estado actual de la salud del niño, pero trasciende en el tiempo porque puede ser el único referente adulto de ese niño al determinar hábitos saludables y modos de relación con otros para el resto de la vida.

La tarea del cuidado, desempeñada por los cuidadores de hogares, requiere de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas respecto a diferentes necesidades de la infancia. Por ello, las directrices y estándares internacionales y locales[1,10,11] establecen la necesidad de capacitación inicial y permanente del personal a cargo. Sin embargo, los cuidadores no son profesionales, por cuanto no existe, hasta el momento, en nuestro país, al igual que en muchos países de Latinoamérica,[12] un perfil laboral definido para el rol ni un requisito estándar de capacitación que permita asegurar un nivel mínimo de calidad del cuidado de la salud en este ámbito.

Debido a lo expuesto, y basados en necesidades detectadas por el trabajo conjunto previo de nuestro equipo con la Dirección General de Niñez y Adolescencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DGNyA), se propuso, desde la Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN), un Programa de Capacitación en Salud para Cuidadores de Hogares Convivenciales de Niñez y Adolescencia. Estaba dirigido a los cuidadores y tenía como propósito mejorar la calidad del cuidado que se brindaba en los hogares. Secundariamente, se aspiraba a que esta experiencia educativa permitiera detectar y resolver dificultades para la implementación de medidas de prevención.

En este artículo, se presenta la experiencia, dificultades y perspectivas del primer programa de capacitación en salud para cuidadores de hogares de niños y adolescentes en la Argentina.

## Desarrollo del programa de capacitación

La capacitación consistió en una serie de ocho encuentros semanales (formato de clase y taller), de tres horas de duración, financiada a través de la Convocatoria para Fortalecimiento de la Sociedad Civil (Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Esta actividad se complementó con módulos ofrecidos desde la DGNyA que abordaban aspectos psicológicos y del marco legal e institucional.

La propuesta constó de tres etapas.

### Primera etapa: Diseño

En ella, se establecieron los siguientes ejes transversales de capacitación:

- Diferencia en los cuidados entre casa de familia y hogar.
- Prevención de riesgos.
- Responsabilidad e incumbencias del operador.
- Rol del operador como promotor de hábitos saludables.
- Calidad de cuidado y bienestar de niños y cuidadores.

Se seleccionaron los contenidos de salud necesarios para el desempeño del rol (*Tabla 1*) y se adaptaron al perfil determinado por el Área de Capacitación de la DGNyA. Se consideraron los procedimientos críticos de cuidado y las patologías más frecuentes y relevantes en este contexto social. Se excluyeron explícitamente los cuidados especializados pertinentes a una institución de salud. Se planificaron los recursos didácticos (clases, talleres y material de lectura) y una evaluación integradora.

### Segunda etapa: Capacitación a cuidadores

La convocatoria y difusión de la actividad, a cargo de la Gerencia de Hogares de la DGNyA, cubrió la totalidad (cinco) de los hogares propios del Gobierno de la Ciudad (GCBA). Se complementó el desarrollo del temario con una actividad práctica de aplicación. Antes de iniciar las capacitaciones, se realizó una reunión con los coordinadores y/o directores de los cinco hogares propios de la CABA y dos

TABLA 1. *Temario de capacitación*

| Unidades temáticas |
|---|
| • Crecimiento y desarrollo saludables |
| • Cuidados generales del niño |
| • Adolescencia |
| • Alimentación segura y saludable |
| • Enfermedades frecuentes de la infancia |
| • Prevención de infecciones |
| • Prevención de lesiones no intencionales |
| • Cuidados para el sueño seguro |
| • Maltrato y abuso |
| • Eventos emergentes |
| • Manejo y administración de medicamentos |
| • Salud del cuidador |

responsables de la gestión central del área. Cinco de ellos coincidieron en que el tema que más inquietaba era la diseminación de infecciones. En cuanto a las expectativas de mejora, se mencionó una más eficiente resolución de emergencias médicas, prevención de lesiones en la cuna (muerte súbita, asfixia y ahogamientos), distintos procedimientos relacionados con la higiene y la detección temprana de trastornos del desarrollo y la conducta. En esta reunión, se entregaron documentos guías previamente generados por nuestro equipo sobre diferentes aspectos de prevención en salud para complementar la capacitación.

Se desarrollaron tres cohortes de capacitación desde abril de 2017 hasta junio de 2018. Se ofrecieron 90 vacantes. Se inscribieron un total de 47 cuidadores pertenecientes a los cinco hogares convivenciales propios del GCBA (*Tabla 2*). Los encuentros presenciales se realizaron en la sede de FUNDASAMIN para evitar la circulación innecesaria de personas en el hogar y la superposición de la capacitación con la tarea de cuidado.

Tabla 2. *Participantes inscritos y capacitados según el hogar de desempeño*

| Hogar convivencial | Participantes Inscriptos | Participantes Capacitados | N.° total de operadores |
|---|---|---|---|
| A | 8 | 3 | 42 |
| B | 13 | 8 | 28 |
| C | 7 | 7 | 40 |
| D | 13 | 12 | 33 |
| E | 6 | 7 | 22 |
| Total | 47 | 37 | 165 |

* Adicionalmente, se capacitaron 3 operadores que se desempeñaban en un hogar con convenio con una organización no gubernamental (invitados a participar por la disponibilidad de vacantes).

Se realizó una encuesta diagnóstica inicial anónima a los participantes para evaluar el conocimiento sobre cuestiones básicas de salud y conocer las expectativas respecto de la capacitación. Esta fue respondida voluntariamente por 44 participantes. De ellos, contestaron opciones correctas sobre sueño seguro 13; sobre procedimientos en caso de emergencia, 40, y, respecto de juego seguro, 36. En la *Tabla 3*, se exponen los tópicos que se mencionaron como más preocupantes.

Se trabajó el abordaje de los temas desde las incumbencias del rol en lo referente a salud: poder brindar un cuidado de calidad, personalizado y con nivel de alarma adecuado para la situación de salud que implicaba una comunidad cerrada.

La profesional responsable de capacitación de la DGNyA participó en los encuentros, lo que permitió responder cuestiones concretas dado su rol y orientar para la aplicación efectiva de medidas ejemplificando con experiencias

Tabla 3. *Temas de preocupación referentes a la salud entre los operadores de hogares*

| Temas que más preocupaban | N.° de participantes que lo referían (n = 44) |
|---|---|
| Infecciones | 34 |
| Salud mental | 8 |
| Nutrición | 5 |
| Sexualidad | 4 |
| Adicciones | 4 |
| Higiene | 4 |
| Broncoespasmo | 4 |
| VIH | 4 |
| Capacitación del personal | 3 |
| Medicamentos | 3 |
| Seguridad (lesiones no intencionales) | 1 |
| Otros (RCP, convulsiones, etc.) | 11 |

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana;
RCP: reanimación cardiopulmonar.

Figura 1. *Inquietudes expuestas durante los encuentros*

- Falta de normatización de los procedimientos de emergencia.
- Desconocimiento sobre almacenamiento, administración y cuidados correspondientes a medicamentos.
- Dicotomía en el accionar entre la operativa de una casa de familia y la de un hospital: no se aplicaban medidas preventivas simples, mientras que se utilizaba equipamiento y tecnología propios de una institución de salud (por ej.: un oxímetro de pulso).
- Expectativa pobre respecto de la implementación de lo aprendido por desinterés del equipo de trabajo en la capacitación y la posibilidad de mejora.
- Dificultades para acceder a la atención médica de emergencia.
- La atención de seguimiento de salud se realizaba en diferentes instituciones. No había una articulación formal que simplificara el acceso a estudios diagnósticos o tratamientos.
- La modalidad de ingreso a la tarea no era formal y se regía por contratos temporarios. No había condiciones mínimas por cumplir establecidas y no siempre se contaba con los controles de salud prelaborales necesarios por el ámbito de la tarea.
- La complejidad de la operatoria cotidiana conllevaba el hecho de que, en ocasiones, el recurso humano disponible en el hogar no fuera suficiente, aun cuando, desde el punto de vista regulatorio, se cumpliera con la cantidad de personal establecida.
- La infraestructura y los servicios presentaban problemas periódicamente.

propias y narrando situaciones y eventos de salud ocurridos en diferentes momentos y hogares.

En los encuentros, se relevaron las inquietudes surgidas durante el intercambio informal sobre factores que facilitaban u obstaculizaban el ejercicio del derecho a la salud para sistematizarlo, informarlo y proponer mejoras concretas (*Figura 1*).

Al finalizar estos ciclos de capacitación, 37 cuidadores cumplieron requisitos de asistencia a seis de los ocho encuentros. La evaluación final consistió en un conjunto de preguntas de opción múltiple sobre situaciones cotidianas que enfrentaba el operador en su desempeño. Esta fue aprobada (más del 70 % de respuestas correctas) por esos 37 cuidadores que completaron el ciclo de capacitación (*Tabla 2*).

**Tercera etapa: Evaluación del programa con retroalimentación de los centros**

Durante el último encuentro, los 37 participantes realizaron un ejercicio de reflexión escrito autoadministrado individual para conocer las expectativas y posibilidades de aplicación de los contenidos trabajados, que se plasmó en respuestas anónimas (*véase el Anexo*). Frente a la consulta respecto de qué tres medidas consideraban posible aplicar inmediatamente en el hogar en el que se desempeñaban, tres respondieron que no consideraban ninguna. Veintiuno mencionaron una medida, y los trece restantes, más de una. Respecto de si tenían planificado proponer al equipo técnico del hogar mejoras en cuanto a prevención, siete no propondrían nada, diecisiete propondrían una sola, y trece, más de una.

Las medidas que más se mencionaron como posibles de adoptar en lo inmediato fueron las referidas a la higiene de manos (14), al manejo y administración de medicamentos (8) y a aspectos organizativos (5).

Los temas principales sobre los que propondrían trabajar al equipo técnico fueron higiene de manos (9), atención médica oportuna (5), administración de medicamentos (5), capacitación de todo el personal, que incluía el equipo técnico (4), seguridad de los espacios (4) y aspectos organizativos (4).

Respecto de la factibilidad, los cuidadores percibían dificultades para implementar, principalmente, un ambiente funcional y seguro (16), procedimientos de higiene de manos (9), capacitación del personal (9) y atención médica adecuada, oportuna y accesible (8).

Se realizó una reunión final con los directores y la Gerencia de Hogares para intercambiar experiencias respecto de las dificultades para el desarrollo y aplicación de la capacitación.

## DISCUSIÓN

Se desarrolló la primera experiencia de capacitación en salud para cuidadores, con buena recepción de los participantes y buenos resultados en la adquisición de conocimientos. Si bien hay algunas experiencias de capacitación para personal de hogares ya publicadas, corresponden a otras regiones del mundo.[13-17] En Latinoamérica, se registran dos intervenciones educativas para cuidadores de hogares focalizadas exclusivamente en el desarrollo infantil y cuyos tamaños muestrales son, como este, pequeños.[18,19]

La matrícula fue menor que las vacantes disponibles. Esto, sumado al desgranamiento de quienes no pudieron completar la cursada, mostró dificultades para disponer de tiempo para capacitarse dentro del ámbito laboral. También fue consignado por un tercio de los participantes como una de las acciones para la salud más difíciles de implementar. A pesar del compromiso desde el Área de Gestión Centralizada de Hogares y de las expectativas e interés manifestados por coordinadores y directores, la dinámica cotidiana de cada hogar y su disponibilidad de recursos humanos pueden constituir un obstáculo no siempre salvable para implementar la capacitación. Actualmente, el programa se ofrece en modalidad asincrónica y a distancia, como una alternativa para superar esta dificultad.

El nivel de conocimientos basal fue mayor que el encontrado en ocasión de capacitaciones sobre temas puntuales realizadas previamente por nuestro equipo y que el que se espera dado el hecho de que no existen requisitos de formación para desempeñar este rol. Puede explicarse por ser una capacitación voluntaria: podría haber un sesgo referido al interés y eventual conocimiento previo sobre el tema. Aún así, inquieta que solo un tercio haya respondido de modo correcto sobre prevención de muerte en la cuna, tema epidemiológicamente relevante para los lactantes en este contexto,[20] y que fue registrado como primordial para los directores y los coordinadores.

La diseminación de infecciones fue la mayor preocupación tanto para los coordinadores como para los cuidadores. Durante 2015, nuestro equipo, con el apoyo de la DGNyA, generó un documento guía sobre prevención de infecciones[21]

y encuentros de capacitación, a la vez que se proveyó a los hogares de insumos para la implementación de medidas de prevención. Sin embargo, surge en los encuentros que la aplicación de estas medidas es heterogénea e inconstante.

Aunque el manejo y administración de medicamentos es un punto crítico de las actividades diarias del hogar, con consecuencias potencialmente graves, solo fue mencionado por tres cuidadores como tema de preocupación, pero no por los coordinadores o los directores.

Si bien la mayoría respondió correctamente sobre el manejo de emergencias, esta fue también una preocupación de los directores. Surge del intercambio que no hay una normatización de los procedimientos en esas situaciones. Tampoco la seguridad ocupó un lugar preferente entre las inquietudes de los cuidadores, pese a ser la primera causa de muerte en mayores de un año, a las condiciones de infraestructura y funcionamiento que podrían afectarla y a hechos desafortunados de público conocimiento ocurridos en nuestra ciudad y en otras regiones.[22,23]

Al explorar la factibilidad de la aplicación de medidas preventivas, tres participantes no consideraron la posibilidad de realizar o proponer cambios inmediatos. Esto expone cierto escepticismo sobre la oportunidad de mejora, que se manifiesta abiertamente en los encuentros. Ello impresiona obedecer a diferentes razones, que abarcan desde la falta de insumos o infraestructura adecuada hasta la convicción de que, dentro de los equipos de trabajo, no siempre hay disposición suficiente para encarar modificaciones en el funcionamiento y organización de la actividad.

También las respuestas respecto a las medidas que consideran factible implementar de inmediato y aquellas que no les impresionan posibles muestra contradicciones, que podrían responder tanto a diferencias de recurso y funcionamiento entre hogares como a percepciones dispares de la realidad del ámbito de trabajo entre cuidadores.

Entre las medidas más frecuentemente propuestas, figura lo relacionado a aspectos organizativos. En el intercambio informal, se percibe la falta de definición de roles en la gestión de cada hogar, que conlleva la toma de decisiones a título personal ante situaciones problemáticas que requerirían soluciones institucionales establecidas. El personal directivo y el equipo técnico de los hogares es responsable de diferentes aspectos del bienestar de los niños y resuelve de manera cotidiana situaciones urgentes y diversas que pueden no dar espacio a una planificación a largo plazo sobre el tema de referencia. Esta dificultad excede a quienes desempeñan funciones de equipo técnico o coordinación y requiere tanto del apoyo a nivel central, a través de documentos y protocolos, como de la posibilidad de delegar esta tarea en personal específicamente capacitado.[24]

El acceso a la atención médica oportuna se registra como una de las acciones más difíciles de implementar. Este punto, que corresponde a la gestión en un estamento suprahogar, es, a nuestro criterio, prioritario. Una articulación formal con el sistema de salud permitiría ofrecer una mejor atención médica a cada niño asistido, resguardar la salud del resto y disminuir los costos.[25]

La precariedad laboral de la actividad, sumada a la exigencia física y emocional para el cuidador, favorece la rotación frecuente del personal, con las consecuencias negativas que eso conlleva: apego desorganizado, personal poco capacitado y motivado, trabajo en equipo con dinámica ineficiente, etc.[26,27]

Este proyecto aspira a contribuir desde lo educativo, entendiendo como la esencia misma de la educación la capacidad transformadora de la realidad. Si bien podrían plantearse indicadores de impacto, por el tipo de acción que se presenta y por la multiplicidad de factores que inciden en el resultado final (un mejor estado de salud de los niños), esto conlleva dificultades metodológicas.[28] De todos modos, se educa sobre medidas que tienen ya evidencia suficiente de su efectividad, por lo que, si uno pudiese constatar que su conocimiento e implementación es mayor que antes de la intervención, debiera inferir que hay algún nivel de impacto, aunque no sea posible precisar su magnitud.[29]

Además, esta primera experiencia abarcó una proporción pequeña de cuidadores. Es necesario sostenerla en el tiempo para alcanzar a todos los que cumplen ese rol. Sin embargo, resulta auspicioso el hecho de que todos los alumnos regulares hayan aprobado la evaluación y que, dentro de las medidas que se proponen, se destaquen temas que antes no habían sido considerados por ellos como relevantes (por ej.: medicamentos).

Las dificultades que se han detectado para la implementación de un mejor cuidado no difieren de las descritas para otras instituciones en diferentes países de Latinoamérica y del mundo.[11,17,30-32] Se trata de un problema

multidimensional y complejo. Sin embargo, cabe destacar la predisposición tanto de las autoridades pertinentes como de sus equipos técnicos para colaborar activamente en la acción propuesta, así como para brindar opciones de capacitación en otras temáticas que promueven la profesionalización de los cuidadores.

Esta presentación reviste valor como un medio para promover que la infancia sin cuidado parental llegue a la agenda pública. Es el relato de la primera experiencia educativa de este tipo, según nuestro conocimiento, en la Argentina, en un esfuerzo mancomunado entre actores de la sociedad civil y el Estado para mejorar la calidad del cuidado de la niñez vulnerable siguiendo los estándares internacionales. Los condicionantes del problema del ejercicio pleno del derecho a la salud en este ámbito requieren, sin duda, de otras acciones, tales como definir un perfil de quien cuida con atributos, requisitos y alcance de la tarea, establecer guías que permitan estandarizar prácticas, generar una evaluación de desempeño, asegurar la disponibilidad constante de recursos humanos y materiales para poder implementar medidas de prevención y articular adecuadamente con el sistema de salud. Un nivel básico de capacitación en temas relativos al cuidado de la infancia en esta situación tiene implicancias directas y a corto plazo sobre la salud, además de constituir un eslabón imprescindible para garantizar un estándar mínimo de calidad de cuidado de la salud.

## CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVAS

Se espera que los cuidadores capacitados generen cambios en su ámbito de trabajo, no solo a través de la implementación de las medidas de prevención, sino como sensibilizadores y difusores entre el resto de los cuidadores de buenas prácticas en relación con el cuidado de la salud. El reto futuro es profesionalizar a todos los cuidadores de hogares, que esta capacitación se sostenga en el tiempo y que sea previa a tomar el puesto de trabajo. ■

### Agradecimientos

A los Lics. Andy Cisneros, Gladys Sotto y Víctor Fernández, quienes, desde la DGNyA, gestionaron activamente la formación de cuidadores y permitieron que esta primera experiencia haya sido posible.

## REFERENCIAS

1. UNICEF-Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina: relevamiento nacional-actualización 2014. Buenos Aires; 2015. [Acceso: 9 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/PROTECCION_Relevamiento_SinCuidadosParentales2015_b.pdf.
2. Szilagyi MA, Rosen DS, Rubin D, Zlotnik S, et al. Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*. 2015; 136(4):e1142-66.
3. Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA 3rd. Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med.* 2017; 15(1):135.
4. Jensen SKG, Berens AE, Nelson CA 3rd. Effects of poverty on interacting biological systems underlying child development. *Lancet Child Adolesc Health*. 2017; 1(3):225-39.
5. Gonzalez A. The impact of childhood maltreatment on biological systems: Implications for clinical interventions. *Paediatr Child Health.* 2013; 18(8):415-8.
6. Turner RJ, Thomas CS, Brown TH. Childhood adversity and adult health: Evaluating intervening mechanisms. *Soc Sci Med*. 2016; 156:114-24.
7. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Panamá: UNICEF; 2016. [Acceso: 3 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/panama/spanish/CDN-Panama_Version_Bolsillo_Final.pdf.
8. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet.* 2017; 389(10064):91-102.
9. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet.* 2017; 389(10064):77-90.
10. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 64/142. Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. 24 de feb. de 2010. [Acceso: 7 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2010/8064.
11. Argentina. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Lineamientos nacionales en materia de niños, niñas y adolescentes carentes de cuidados parentales. En Memoria y balance del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia 2007-2013. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; 2014:28-34. [Acceso: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/memoria-y-balance-del-cofenaf-2007-2013/.
12. Palummo J. La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF; 2013. [Acceso: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://redegresadoslatam.org/wp-content/uploads/2017/11/UNICEF_Estudio_sobre_NNA_en_instituciones.pdf.
13. Wright C, Lamsal D, Ksetree M, Sharma A, et al. From maid to mother: transforming facilities, staff training and caregiver dignity in an institutional facility for young children in Nepal. *Infant Ment Health J.* 2014; 35(2):132-43.
14. Berument SK. Environmental enrichment and caregiver training to support the development of birth to 6-year-olds in Turkish orphanages. *Infant Ment Health J.* 2013; 34(3):189-201.
15. Hemenau K, Kaltenbch E, Mkinga G, Hecker T. Improving care quality and preventing maltreatment in institutional care – a feasibility study with caregivers. *Front Psychol.* 2015; 6:937.
16. Sparling J, Dragomir C, Ramey SL, Florescu L. Educational intervention improves developmental progress of young children in a Romanian orphanage. *Infant Ment Health J.* 2005; 26(2):127-42.
17. St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on

the development of young orphanage children. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2008; 73(3):vii-295.
18. Lecannelier F, Silva JR, Hoffman M, Melo R, et al. Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. *Infant Ment Health J*. 2014; 35(2):151-9.
19. McCall RB, Groark CJ, Fish Ly, Harkins D, et al. A socioemotional intervention in a Latin American orphanage. *Infant Ment Health J*. 2010; 31(5):521-42.
20. Jenik A, Grad E, Orazi V, Sapoznicoff L, et al. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. [Acceso: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consideraciones-sobre-el-sue-ntildeo-seguro-del-lactante-grupo-de-trabajo-en-muerte-s-uacutebita-e-inesperada-del-lactante-de-la-sociedad-argentina-de-pediatr-iacutea.pdf.
21. Serra ME, Soria R. Prevención de Infecciones para Centros de Cuidado Infantil. Guía para el personal. Buenos Aíres: FUNDASAMIN-Ministerio de Desarrollo Social; 2015. [Acceso: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B6Q_tNaD963RQVFScTFac2Y3Y0k/view.
22. Dos chicos de la calle muertos al incendiarse un hogar de tránsito. *La Nación*. 3 de julio de 2002. [Acceso: 17 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.lanacion.com.ar/sociedad/dos-chicos-de-la-calle-muertos-al-incendiarse-un-hogar-de-transito-nid410629.
23. Un incendio mató a 19 chicas de un hogar para menores en Guatemala. *La Nación*. 9 de marzo de 2017. [Acceso: 13 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.lanacion.com.ar/1991325-un-incendio-mato-a-19-chicas-de-un-hogar-para-menores-en-guatemala.
24. RELAF, UNICEF. Guía de estándares para el personal de las entidades públicas y privadas que se ocupan de la protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. Aplicación de las directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Buenos Aires: RELAF-UNICEF; 2010. [Acceso: 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/protection/Guia_Estandares_Operadores_Directrices_(2).pdf.
25. Woolverton M. Meeting the health care needs of children in the foster care system. Strategies for implementation. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center; 2002. [Acceso: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://gucchd.georgetown.edu/products/FCStrategies.pdf.
26. Bakermans-Kranenburg MJ, Steele H, Zeanah CH, Muhamedrahimov RJ, et al. Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch-up. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2011; 76(4):62-91.
27. Vaschenko M, Easterbrooks MA, Miller LC. Becoming their mother: knowledge, attitudes and practices of orphanage personnel in Ukraine. *Infant Ment Health J*. 2010; 31(5):570-90.
28. Hermenau K, Goessmann K, Rygaard NP, Landolt MA, et al. Fostering Child Development by Improving Care Quality: A Systematic Review of the Effectiveness of Structural Interventions and Caregiver Trainings in Institutional Care. *Trauma Violence Abuse*. 2017; 18(5):544-61.
29. Nebot M. Health promotion evaluation and the principle of prevention. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):5-6.
30. Cortés F, Concha M. Resumen ejecutivo: diagnóstico del sistema de cuidados alternativos del estado de Chile. Centro de medición MIDE UC; 2013. [Acceso: 7 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://mideuc.cl/wp-content/uploads/2013/11/Resumen-Ejecutivo-Diagn%C3%B3stico-Sistema-de-Cuidados-Alternativos.pdf.
31. Groark CJ, McCall R, Fish L, The whole child international evaluation team. Characteristics of environments, caregivers, and children in three Central American orphanages. *Infant Ment Health J*. 2011; 32(2):232-50.
32. McCall RB. The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? – should they? *Child Adolesc Ment Health*. 2013;18(4). [Acceso: 8 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833822/.

## ANEXO

### Encuesta

Le solicitamos responder a esta encuesta con la mayor honestidad posible, de acuerdo con lo que cree posible.

1. ¿Cuál es su rol en el Hogar en el que trabaja?

- ☐ Coordinador……………………………………………………………………….
- ☐ Operador………………………………………………………………………...
- ☐ Miembro del equipo técnico……………………………………………………….
- ☐ Otro:……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

2. ¿Hay alguna medida o acción para contribuir a la salud de los niños/adolescentes que cree posible implementar en el Hogar en el que trabaja durante el próximo mes?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Cuáles?..........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

3. ¿Hay alguna medida o acción para contribuir a la salud de los niños/adolescentes que haya pensado proponer al equipo técnico del Hogar en el que trabaja?

- ☐ No
- ☐ Sí

¿Cuáles?..........................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………....…………

4. Mencione cuáles son las medidas o acciones que quisiera implementar en el hogar donde se desempeña, pero no cree posible que pueda hacerlo. Explique cuáles son las dificultades que detecta para su aplicación.

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………